

снижением ее микробной обсемененности ниже критических показателей, восстановлением перистальтики кишечника и снижением уровня эндогенной интоксикации.

Сравнительно невысокая частота гнойных осложнений у больных с распространенным послеоперационным перитонитом с помощью лапаростомы обусловлена в основном 3 группами факторов:

I. Тщательным и последовательным выполнением комплекса местных и общих профилактических мероприятий (тщательная изоляция раны от внешней среды и инфицированной брюшной полости, применение мощных физических и химических методов антисептики, кратковременность этапных санаций, последовательная борьба с эндогенной интоксикацией, иммунокоррекция).

II. Возможность регулярного объективного контроля за состоянием раны в процессе этапных санаций и своевременного применения дополнительных дренирующих вмешательств.

III. Использованием, наряду с традиционными, объективных критериев динамики раневого процесса для решения вопроса о сроках ликвидации лапаростомы.

Учет этих групп факторов позволяет повысить эффективность и безопасность лапаростомы.

Поступила 14.08.1996 г.

Проф. А.Н.ЛЫЗИКОВ, канд. мед. наук С.С.СТЕБУНОВ

ПРИНЦИПЫ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. - проф.М.Г.Сачек) Витебского
медицинского института.Республиканский учебно-методический научный
центр малоинвазивной хирургии (директор - проф. А.Н.Лызиков)

Несмотря на то, что первая холецистэктомия была выполнена только 10 лет назад (Mouret, 1987), в настоящее время большинство клиник выполняют это вмешательство, а число оперированных больных достигло десятков тысяч.

Основными преимуществами данного метода являются следующие:

- выполнение обзорной лапароскопии органов брюшной полости до оперативного вмешательства, высокие диагностические возможности;
- малая травматичность операций, отсутствие лапаротомного разреза, несущего основную травму в абдоминальной хирургии;
- прецизионность лапароскопической холецистэктомии;
- отсутствие необходимости ушивания ложа желчного пузыря и широкого дренирования подпеченочного пространства;
- возможность проведения симультантных операций на разных областях брюшной полости;
- уменьшение количества осложнений со стороны операционной раны;
- уменьшение количества легочных осложнений в послеоперационном периоде;
- уменьшение вероятности образования спаек;

- минимальные болевые ощущения после операции и отсутствие необходимости назначения наркотических анальгетиков;
- более ранняя активизация больных и быстрее реабилитация;
- сокращение времени нахождения в стационаре и времени общей нетрудоспособности, возможность амбулаторного ведения больных;
- отличный косметический эффект операции.
- значительный экономический эффект за счет сокращения затрат на лечение и оплату нетрудоспособности.

В связи с тем, что при ЛХЭ не подвергается существенной травматизации передняя брюшная стенка, она активно участвует в дыхательной экскурсии, что предупреждает развитие послеоперационной пневмонии.

Послеоперационный период после ЛХЭ протекает в большинстве случаев значительно легче, чем при традиционной холецистэктомии. Поскольку отсутствует обширная операционная рана, пациенты менее страдают от боли, нет необходимости назначать наркотические анальгетики. Практически не отмечается случаев ранней послеоперационной спаечной непроходимости.

Такие же осложнения, как эвентрация, образование больших грыж полностью исключаются при данном методе, а частота гнойных осложнений оказывается ниже в 5-10 раз.

Для улучшения результатов лечения холецистита и желче-каменной болезни необходимо пересматривать вопросы диспансеризации больных с этой патологией. Сейчас большинство терапевтов убедились, что консервативное лечение калькулезного холецистита не всегда дает положительные результаты, а лишь усложняет заболевание, приводит к необратимым изменениям в билиарной системе и увеличивает риск развития осложнений, опасных для жизни больного. Между тем, ежегодно в республике оперируется более 3 тысяч больных острым холециститом и столько же хроническим (соотношение 1 : 1). Но плановые операции должны идти впереди экстренных. Поэтому все больные калькулезным холециститом должны консультироваться хирургом, так как большинство хирургов считает важным оперировать больного на ранней стадии заболевания. Обеспечить это можно только путем сотрудничества врачей различных специальностей совместно с пациентами. В этом плане лапароскопический метод дает реальные шансы улучшить результаты лечения данного контингента больных, так как ее преимущества склоняют пациентов к более ранней хирургической санации.

По мере накопления опыта все более очевидной становится необходимость пересмотра противопоказаний в сторону расширения диапазона применения ЛХЭ, прежде всего за счет больных с выраженным ожирением, перенесших различные хирургические вмешательства на органах брюшной полости и с невосприимчивыми пупочными грыжами, острым холециститом и холедохолитиазом, больных с сопутствующей патологией и преклонным возрастом, поскольку именно у больных этой категории преимущества эндоскопической хирургии особенно демонстративны.

Причем этот процесс пересмотра показаний в сторону расширения будет происходить и далее, по мере накопления опыта, разработки новых инструментов, техники и аппаратуры.

Как следует из материалов 3-го Ежегодного Конгресса Европейской Ассоциации Эндоскопических хирургов, прошедшего в июне 1995 года в Люксембурге, на сегодняшний день теоретически единственным противопоказанием к ЛХЭ является рак желчного пузыря. Все остальное технически осуществимо, включая лечение холедохолитиаза, синдрома

Мириззи и других осложненных форм желче-каменной болезни. Безусловно, что принципиальная возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии еще не является показанием к ее проведению. Речь идет о хирургах, имеющих опыт выполнения нескольких тысяч ЛХЭ. На этапе же освоения методики показания должны быть

значительно уже с учетом факторов риска, технической оснащенности и опыта самого хирурга.

Несмотря на то, что мы не производим особого отбора пациентов для ЛХЭ, все же на определенном этапе и у нас сформулирован ряд общих и местных противопоказаний.

Так, к числу общих противопоказаний мы относим:

- некорректируемые нарушения свертываемости крови;
 - выраженную сердечную и легочную недостаточность;
 - гипертоническую болезнь 3 степени;
 - тяжелую почечную недостаточность;
 - острый и хронический нефрит с азотемией;
 - тяжелую бронхиальную астму;
 - нарушения мозгового кровообращения;
 - тяжелую форму сахарного диабета;
 - разлитой фибринозно-гнойный перитонит, требующий специальных методов санации брюшной полости;
 - онкологические заболевания органов брюшной полости;
 - третий триместр беременности
- и ряд других заболеваний, декомпенсация которых возможна в связи с проведением операции в условиях пневмоперитонеума.

Местные противопоказания, как правило, в большинстве своем выставляются после обзорной лапароскопии или в процессе операции:

- плотный инфильтрат или выраженные рубцовые изменения в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки;
- неясная анатомическая ситуация, остающаяся таковой даже после интраоперационной холангиографии;
- сопутствующий острый панкреатит или патология со стороны дистального отдела холедоха и БДС, которую нельзя решить эндоскопическими методами;
- внутренние билио-билиарные свищи;
- рак желчного пузыря или другого органа, требующий пальпаторной ревизии лимфоузлов и органов;
- выраженные воспалительные изменения со стороны передней брюшной стенки, особенно в местах введения троакаров;
- выраженный рубцово-спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости;

При решении вопроса о показаниях к лапароскопической холецистэктомии количество и размеры конкрементов желчного пузыря не учитывается.

По всей видимости, вопрос целесообразности того или иного метода холецистэктомии должен решаться не только исходя из наличия показаний или противопоказаний, но и исходя из опыта хирурга и наличия необходимых инструментов. Например, мы считаем, что хирургу, имеющему опыт до 100 ЛХЭ не следует производить холецистэктомию данным методом при остром холецистите.

При выставлении показаний к лапароскопической холецистэктомии следует обращать внимание на вероятность наличия спаечного процесса, особенно в верхнем этаже брюшной полости. Массивный спаечный процесс в правом подреберье считается относительным противопоказанием к выполнению ЛХЭ.

Опыт показывает несоответствие анамнеза и наблюдаемой во время лапароскопии картины. У больных, перенесших лапаротомию, порой нет сращений передней брюшной стенки и органов, и, напротив, при отсутствии в анамнезе клиники острого холецистита и даже печеночных колик, часто желчный пузырь имеет сращения с сальником, желудком и двенадцатиперстной кишкой.

Наличие спаечного процесса в нижнем этаже брюшной полости обычно существенно не влияет на ход операции. Вопрос о возможности проведения лапароскопического

вмешательства у данного контингента решается после обзорной лапароскопии. Особенностью является введение первого троакара и оптики.

Мы считаем, что современный холецистит - это проблема не столько самого заболевания как такового, а сложная проблема его многочисленных и опасных осложнений. Эту проблему необходимо решать хирургам в тесном содружестве с терапевтами и анестезиологами. Больных следует направлять к хирургу при первом же обращении пациента по поводу холецистита и при обнаружении камней в желчном пузыре. При разумном отборе больных для хирургического лечения ни ИБС и ее осложнения, ни гипертоническая болезнь, а также ревматические пороки сердца с хронической декомпенсацией не должны служить поводом для отказа от операции, так как из-за отсрочки активной хирургической тактики упускаются ранние и самые оптимальные сроки оперативного лечения, и хирурги часто бывают вынуждены оперировать таких больных, но уже по экстренным показаниям, порой с осложнениями и с большой угрозой для жизни пациента.

Консервативная тактика при калькулезном холецистите оказывается несостоятельной, так как по статистике только 11 % больных поступают в хирургическое отделение с первым приступом, а остальные 89 - с рецидивами заболевания. Отсрочка с операцией по поводу холелитиаза часто бывает неоправданной и длится обычно неопределенное время. Вместе с тем, в ранние сроки хирургического лечения холелитиаза резко снижает операционный риск, а результаты оперативного лечения бывают несравненно лучше, чем в тех случаях, когда хирургическое лечение выполняется при осложненном холецистите. Поэтому есть основания считать отказ терапевтом больному в хирургическом лечении калькулезного холецистита врачебной ошибкой, из-за которой тех же больных приходится оперировать в более поздние сроки, в запущенном состоянии, когда операция необходима, но не решает уже всех проблем нарушения обмена веществ и поражения, других органов. Число неблагоприятных исходов при такой ситуации даже в руках опытного хирурга бывает в 2,4 раза чаще, а показатели консервативной терапии - в 11 раз хуже и бесперспективнее по сравнению с хирургическим лечением в ранние сроки.

Подтверждением этому могут служить следующие факты: среди контингента больных, оперируемых по поводу холелитиаза и его осложнений в "холодном периоде", смертность от сердечно-сосудистых осложнений обычно составляет 0,6 %, тогда как при операциях в остром периоде у лиц до 60 лет летальность повышается до 12,8 %, а после 60 лет смертельные исходы достигают еще более значительных показателей, колеблясь в пределах 20-37 %.

При наблюдении за больными в отдаленные сроки после оперативного лечения желчекаменной болезни в течение ближайшего года в 96 % случаев наступает полная медицинская реабилитация, чего никогда не встречается при консервативной тактике, так как функциональное состояние печени и панкреас в этих случаях прогрессивно ухудшается.

Сравнение данных до и после операции обычно устанавливает, что операция на внепеченочных желчных путях у 93 % больных устраняет различные изменения со стороны сердца, сопутствующие холециститу. Это оправдывает подобные операции у таких больных, несмотря на кажущиеся вначале противопоказания.

Что касается сроков ранней рекомендации хирургического лечения по поводу холелитиаза, то они не конкретны. Направлять больных к хирургу нужно при первом же обращении по поводу калькулезного холецистита, что полностью совпадает с мнением многих отечественных и зарубежных клиницистов.

Следует заметить, что конкретных общепринятых тестов о допустимости оперативного лечения холелитиаза с сопутствующими сердечно-сосудистыми расстройствами пока еще не предложено.

Однако здесь еще раз можно выразить мнение ведущих хирургов в области патологии желчных путей, что показания к операции у больных с желчно-кардиальным (билиарно-кардиальным) синдромом еще более настоятельное, чем у других больных желчекаменной

болезнью, так как билиарно-кардиальный синдром возникает, как правило, на фоне осложненного калькулезного холецистита; это одно из существенных показаний для оперативного лечения, когда от приступов печеночной колики начинают зависеть сердечные боли. Промедление с операцией на желчном пузыре и протоках в таких случаях, ведет к необратимым изменениям не только в системе желчевыделения, но и в самом сердце.

Несмотря на имеющиеся нередко выраженные изменения со стороны сердца, при показаниях к операции следует руководствоваться известным положением С.П.Боткина, что если бы диагностика холелитиаза была вернее, то оперативное пособие делалось бы чаще. Ибо самому Боткину знаменитый английский хирург прошлого века, один из пионеров хирургии желчных путей Lawson Tait, отказал в операции из-за "плохого сердца и опасностей наркоза".

Как же различные сопутствующие заболевания, в первую очередь сердца, влияют на вопросы оперативного лечения? Рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся варианты.

Холецистит и ИБС.

Среди всего контингента больных калькулезным холециститом в 10-11% случаев выявляется сопутствующая ишемическая болезнь сердца (ИБС). Однако хирургическое лечение из них бывает допустимо лишь в 2\3 случаев, а в остальной части оно может быть рекомендовано по жизненным показаниям из-за сопутствующей коронарной недостаточности. Причем, речь идет об оперативном лечении посредством лапаротомии. Противопоказания же со стороны сердца к лапароскопическим (щадящим) операциям вовсе еще не разработаны.

Хирургическое лечение калькулезного холецистита с сопутствующей ИБС и стенокардией 1-2 функционального классов может быть рекомендовано большинству больных. Значительно труднее бывает решить вопрос об операции при подобных сочетаниях со стенокардией 3-го класса. В этих случаях без специальных проб с физической нагрузкой невозможно прогнозировать благоприятное течение послеоперационного периода. Однако при правильной оценке нагрузочных тестов, хорошей предоперационной подготовке больных, как правило, удается у подавляющего числа больных добиться благоприятного исхода. А при постоянном теснейшем контакте терапевта, хирурга и анестезиолога неблагоприятные исходы в подобных случаях - редкость.

Холецистит и гипертоническая болезнь.

Сочетание с гипертонической болезнью среди общего числа больных с калькулезным холециститом в хирургических отделениях встречается в 33,7% случаев. Из этого числа лишь 1\10 больных хирургическое лечение холецистита может быть рекомендовано по жизненным показаниям из-за тяжелых гипертонических кризов, инсультов в анамнезе, выраженной хронической левожелудочковой недостаточности, приступов кардиальной астмы. У 9\10 больных в случае таких сочетаний оперативное вмешательство бывает вполне допустимо. В единичных случаях в ближайшие дни после операции возможны гипертонические кризы.

Высокие цифры артериального давления (при отсутствии головных болей и болей в сердце, чрезмерной одышки и аритмии) не должны приводить к отсрочке оперативного лечения, ибо подъем давления бывает здесь часто обусловлен ожиданием больным операции.

Холецистит и ревматизм.

Сочетание холецистита и ревматических пороков сердца встречается в среднем у 2,4% больных. Из них только 1\4 случаев не может быть подвергнута операции из-за сердечной декомпенсации. В остальных 3\4 случаев хирургическое лечение может быть рекомендовано, но при строжайшем контроле терапевта или кардиолога на всех этапах лечения.

Трудно решить вопрос о возможности, допустимости хирургического лечения холелитиаза в плановом порядке, если одновременно у больного диагностирован митральный стеноз или выраженные пороки аортального клапана, сложные

комбинированные пороки. Здесь всегда необходим индивидуальный подход и тщательная предоперационная подготовка при постоянном контроле кардиолога или терапевта. Необходимо подчеркнуть, что показаниями для операции у больных с пороками сердца должны быть довольно вескими и основательными. Мы считаем, что хирургическое лечение ЖКБ при наличии у больных сопутствующих ревматических пороков сердца может выполняться только в специализированных клиниках с хорошо оснащенной службой реанимации.

Из опыта работы можем сказать, что больные с подобной сочетанной патологией годами страдают желче-каменной болезнью и согласны на оперативное лечение, но медики отказывают им в операции ввиду сопутствующей сердечной патологии, часто переоценивая ее серьезность.

Холецистит и кардиолгия.

При желче-каменной болезни и ее осложнениях боли в сердце могут наблюдаться у 53,5% больных. Это очень высокий процент и у 3\4 больных они оказываются ложными, так как обусловлены не изменениями в сердце, а желчной гипертензией, панкреатитом и метаболическими изменениями в миокарде. Однако врачи часто не стремятся выяснить причину болей в сердце, что нередко является поводом для необоснованного отказа от операции.

Холецистит, аритмии сердца и нарушения проводимости

Аритмии сердца нередко бывают одним из ранних признаков осложненного калькулезного холецистита. Поэтому хирургическое лечение при слабости синусового ритма (узловом ритме), если он даже не исчезает после консервативного лечения, может быть допустимо, но после применения нагрузочных проб. Единичные экстрасистолы, непостоянная бигемения не являются противопоказанием к ЛХЭ. Появление групповых желудочковых экстрасистол в момент желчных колик бывает очень редко, и только после их исчезновения и применения физической нагрузки следует решать вопрос о возможности оперативного лечения холецистита. Здесь не должно быть поспешности, а рекомендации возможны лишь после динамического наблюдения.

Следует отметить, что мерцательная аритмия при желче-каменной болезни при отсутствии ИБС не такая уж редкость. Если нет склонности к тромбозам и отсутствует тяжелая коронарная недостаточность и выраженная сердечная декомпенсация, то фибриляция предсердий не должна служить препятствием к оказанию хирургической помощи по поводу холецистита.

Частичная и полная блокада правой ножки пучка Гиса при звучном 1-м тоне сердца и отсутствии сердечной декомпенсации не являются противопоказанием для операции холецистэктомии. Если же блокада правой ножки пучка Гиса осложнена аритмией, сердечной декомпенсацией, то это является противопоказанием к ЛХЭ. Здесь оно может быть допустимым только по жизненным показаниям путем лапаротомий.

Что касается блокады левой ножки пучка Гиса в сочетании с холелитиазом (при отсутствии сердечной декомпенсации), то только после проб с физической нагрузкой может быть решен вопрос о возможности ЛХЭ.


Из общего контингента больных, поступающих в хирургическое отделение по поводу холелитиаза и его осложнений, оперативное лечение бывает допустимо у 90,05 % больных. Только 9,95 % больным терапевт или кардиолог может отказать в хирургическом лечении желче-каменной болезни ввиду следующих абсолютных противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы:

- инфаркт миокарда в остром периоде;
- постинфарктная аневризма сердца с декомпенсацией;
- приступы сердечной астмы;

- инфаркт миокарда в остром периоде;
- постинфарктная аневризма сердца с декомпенсацией;
- приступы сердечной астмы;
- стенокардия 4 функц-го класса;
- склонность к тромбоэмболиям;
- гипертонический криз;
- гипертоническая болезнь III степени;
- сложные и труднокупируемые аритмии
- тяжелая бронхиальная астма.

Есть основания полагать, что современное развитие эндоскопической хирургии холецистита позволит еще более расширить показания для активной хирургической тактики. При тесном контакте хирурга, терапевта и анестезиолога, многие больные, которым прежде отказывалось в оперативном пособии из-за болей в сердце или по другой причине, могут быть успешно избавлены от холецистита и его осложнений хирургическим путем с минимальной опасностью для организма.

Поступила 25.11.1996 г.

 САЛЮТ	предлагает в широком ассортименте профессиональную медицинскую одежду по ценам производителя
109316 Москва, Стройковская ул, 21. Тел/факс (095) 276-4463. Тел. 276-3938	